

respectivamente. Dois desses três pacientes apresentaram dosagem de galactomanana positiva no diagnóstico. Ainda, houve um paciente classificado como “provável” Aspergilose pulmonar invasiva (API), contemplando imunossupressão, critérios clínicos, exame de imagem e galactomanana positivos, e dois pacientes classificados como “possível” API, contemplando imunossupressão, critérios clínicos e exame de imagem, sendo que em ambas as situações, todos receberam voriconazol. Em relação ao desfecho “óbito”, dos pacientes que receberam terapia antifúngica por suspeita ou confirmação de IFI, 10 deles (62,5%) vieram a óbito, sendo 7 deles por sepse, dois por sepse e progressão de doença, e um deles por progressão de doença apenas. Além disso, podemos afirmar que os pacientes com IFI confirmada vieram a óbito por sepse deste foco. Vale lembrar que todos os pacientes incluídos neste estudo, estavam em uso de profilaxia antifúngica com fluconazol e coleta de galactomanana de rotina, conforme protocolo institucional. **Discussão:** A IFI é uma realidade em pacientes imunossuprimidos, porém, Infelizmente, mesmo com os avanços diagnósticos e terapêuticos, ainda é uma entidade com alta mortalidade em nosso meio. Dentre as principais etiologias fúngicas nestes pacientes, há o predomínio de fungos filamentosos, destacando-se *Aspergillus*, seguido por zigomicose e fusariose. Ainda é de grande importância elencar a candidíase invasiva, também responsável por IFI nesses pacientes. A característica principal dos fungos filamentosos neste perfil de paciente é o tropismo pelos vasos sanguíneos, com alto poder de disseminação hematogênica. Considerando o quão desafiador é o diagnóstico na prática clínica, é importante citar meios diagnósticos incorporados atualmente, como a detecção de galactomanana, que foi incluída em consenso internacional como critério micológico de API “provável”: sua detecção reflete o crescimento da hifa nos tecidos, e apresenta excelente valor preditivo negativo em pacientes de alto risco antes mesmo das manifestações clínicas. **Conclusão:** A IFI é uma complicação potencialmente fatal em pacientes imunocomprometidos, em quimioterapia ou pós transplante de medula óssea, e por esse motivo, a suspeição e início precoce do tratamento são cruciais para melhor desfecho clínico e aumento da sobrevida nesses pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.672>

FUNGEMIA POR TRICHOSPORON ASAHII EM UM PACIENTE COM LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA

BBC Paula, GB Fischer, G Bellaver, A Zago, LF Soares, V Weber, NM Mottecy, CC Nascimento, LPD Santos, MR Sagrilo

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil

Introdução: *Trichosporon* é um fungo basidiomiceto com estrutura semelhante à levedura. Encontra-se disperso no ambiente e pode fazer parte da microbiota humana. *Trichosporon asahii* é o representante mais proeminente, cuja infecção é mais comumente relatada em indivíduos

imunodeprimidos. **Métodos:** Relato de caso, conforme dados de prontuário, de um paciente com fungemia por *Trichosporon asahii* em tratamento para leucemia linfoblástica aguda (LLA) atendido em nosso serviço e realizar revisão literária, através da plataforma pubmed, acerca desta infecção.

Relato de caso: Paciente masculino, 25 anos, agrônomo, em contato direto com plantações agrícolas, iniciou com mialgia em janeiro de 2024, tendo feito uso de corticoide e relaxantes musculares de forma intermitente. Após algumas semanas, evoluiu com dispneia, sendo evidenciado, em radiografia torácica, infiltrados sugestivos de broncopneumonia, iniciando tratamento antimicrobiano ambulatorial. Passados 14 dias de tratamento, por manter quadro de tosse seca e dispneia, procurou novamente atendimento, sendo internado para melhor investigação. Na ocasião, foi realizada tomografia de tórax, exibindo diversas linfonodomegalias, além de volumoso derrame pleural. Foi encaminhado para consulta com hematologia. Na primeira consulta, paciente com múltiplas linfonodomegalias, anemia, plaquetopenia e presença de 55.528 blastos em corrente sanguínea. Imunofenotipagem compatível com LLA T. Iniciado tratamento com protocolo GRAALL. Durante indução, paciente apresentou quadro de candidíase oroesofágica, a qual foi tratada com equinocandina por 10 dias. Dezoito dias após início de tratamento, paciente evolui com instabilidade hemodinâmica, concomitante com o crescimento de elementos leveduriformes em hemocultura. Alterado terapia antifúngica para anfotericina B, todavia, sem melhora da instabilidade, necessitando de intubação orotraqueal e ventilação invasiva. Após 25 horas da coleta da hemocultura, foi isolado *Trichosporon asahii*. Optado por alterar terapia antifúngica para voriconazol. No entanto, paciente apresenta quadro de choque séptico em progressiva piora, evoluindo para falência múltipla de órgãos e, por fim, a óbito dois dias após isolamento do agente infeccioso. **Discussão:** *Trichosporon* é um fungo basidiomiceto, com estrutura semelhante à levedura, que se encontra disperso no ambiente e pode fazer parte da microbiota gastrointestinal e cutânea. O *Trichosporon asahii* é o representante cuja infecção é mais comumente relatada em humanos, majoritariamente em indivíduos imunodeprimidos. A fungemia é definida pela detecção do fungo na corrente circulatória, sendo que o tempo médio para crescimento do fungo em hemoculturas é de aproximadamente 33 horas. No caso dos pacientes hematológicos, que frequentemente possuem uma neutropenia prolongada, há maior atraso na eliminação da fungemia. Em muitos casos, falha-se no diagnóstico, visto que a estrutura do fungo é muito semelhante a uma levedura, refletindo em um tratamento ineficaz, uma vez que, a terapia com azólicos, como o voriconazol, demonstrou maior efetividade, comparado ao uso isolado de anfotericina B. **Conclusão:** Relatamos o caso de infecção fúngica por *Trichosporon* em um paciente com LLA onde houve atraso do diagnóstico visto semelhança da estrutura fúngica com levedura. Alertamos sobre a importância na suspeição de tricosporose naqueles pacientes que não apresentarem melhora com uso de antifúngicos potentes, a exemplo da anfotericina B.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.673>